

провести адекватную интенсивную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А., Ашрафов А.А. // Вестн. хир.—1997.— №1.—С.46—49
2. Аскерханов Г.Р., Гусейнов А.К., Зактиров У.З. Тезисы IX Всероссийского съезда хирургов.— Волгоград.— 2000.—С.140—142.
3. Борискин Б.С., Смаков Г.М. и др. // Хирургия.—1999.—№5.—С.37—40.
4. Булыгин В.И., Эктон В.Н., Наливкин А.И., Романов А.М. // Хирургия.—1997.—№5.—С.14—17.
5. Габриэлян, Дмитриева А.А., Кулагов Г.В. // Клин. мед.—1981.—№10.—С.38—42.
6. Макарова Н.П., Троицкий Б.С., Быков Е.Р. // Хирургия.—2000.—№8.—С.45—48.
7. Редько А.А., Мамченко А.В. // Вестн.хир.—1996.—№6.—С. 94—95.
8. Султанов Г.А., Алиев С.А. // Хирургия.—1998.—№2.—С.17—20.
9. Чернов В.Н., Белик Б.М., Полек А.И., Васильева Л.И. // Вестн. хир.—1998.—№4.—С.46—49.
10. Lund I., Candrup P., Balslev I. // J. Coll Surg Edinb.—1997.—Vol. 36.—P.182—184.

11. Marshall J.S. et al. // Ann.Surg. — 1993.—Vol.218.—P.111—119.

12. Noce R., Galuppi G., Steiweg M et al. // Minerva chir.—1992.—Vol.47.—P. 1585—1587.

Поступила 09.04.02.

SURGICAL TACTICS IN ACUTE LARGE INTESTINAL OBSTRUCTION

D.M. Krasilnikov, A.V. Pikuza

S u m m a r y

To determine the optimum methods of diagnosis, treatment and prediction of the postoperative course, the analysis of the treatment of 152 patients with large intestinal obstruction is performed on the base of surgical departments of the Republic Clinical Hospital. It is established that in 124 (81,5%) cases, the acute large intestinal obstruction was caused by tumor process. In 115 (75,5%) cases the large intestine cancer was revealed, in 9 (5,9%) cases the obstruction was caused by pressure of tumors located outside the intestine. By colonoscopy it is possible not only to determine the obstructive cause but in some cases to carry out the radical surgical intervention in one operation.

УДК 616.34 — 007.253

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ОБТУРАЦИИ ВЫСОКИХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Г.П. Прохоров, Н.Ф. Федоров, А.Н. Волков

Кафедра факультетской хирургии (зав. — доц. Н.Ф. Федоров), медицинского института ЧГУ им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары

Неудовлетворительные результаты лечения больных с высокими несформированными кишечными свищами объясняются тем, что оперативные вмешательства проводятся вынужденно на фоне перитонита и выраженных нарушений гомеостаза. С учетом этого обстоятельства мы придерживаемся с 1984 г. рациональной тактики двухэтапного лечения. На первом этапе мы выводим больных из тяжелого состояния методом длительной обтурации свища и восстановления энтерального питания, на втором — проводим оперативное лечение в оптимальные сроки в условиях разрешения перитонита и нормализации гомеостаза. Обтурация свища обеспечивается сочетанием обтуратора оригинальной конструкции (пат. предложение № 2189 от 14.01.1989 г.) и медицинского полиуретанового клея КЛ-3 и его модификаций (пат. предложение № 973 от 05.05.98 г.).

На рис.1 представлено изображение протеза-обтуратора собственной конструкции. Резиновая трубка (1) имеет на

концах манжеты (5), которые надувают воздухом через воздуховоды (6). Между манжетами расположены пластинки (2, 3), разделенные между собой втулкой (4), высота которой соответствует толщине кишечной стенки, а диаметр — просвету кишечного свища. Пластина насажена на полый резиновый стержень (7), внутри которого проходят тонкие воздуховоды к манжетам, причем нижняя

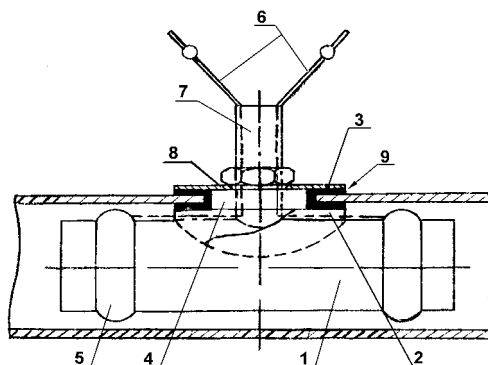


Рис. 1. Обтуратор в модификации автора (объяснения даны в тексте).

пластинка жестко закрепляется на стержне, верхняя (8) — втулкой. Пространство между пластинами заливают клеевой композицией (9).

Протез-обтуратор используется следующим образом. В несформированный свищ вводят резиновую трубку (1) с установленной на ней пластиной (2) и втулкой (4), насаженными на стержень (7). До этого предварительно проводят пальцевое исследование свища с целью определения направления приводящего и отводящего коленей кишки, несущей свищ. Затем насаживают наружную пластину (3) на стержень (7), укрепляют втулкой (8). Дополнительно герметизируют свищевое отверстие клеем, предварительно раздувая манжеты (5), что прекращает приток кишечного содержимого к свищу и позволяет достичь лучшей полимеризации медицинского клея. Известно, что давление в раздуваемых манжетах обтуратора не должно превышать 20 мм водн. ст. во избежание ишемизации стенки кишки и образования пролежня. Воздух из шприца для раздувания манжеты обтуратора мы вводили в количестве 3,5 мл, что соответствует требуемому давлению. К тому же манжеты (5) обтуратора раздуваются воздухом только на время полимеризации клея, составляющее 6—8 минут. Диаметр трубки (1) должен быть меньше диаметра просвета кишки, "несущей" свищ, на 0,5 см, чтобы не препятствовать пери-

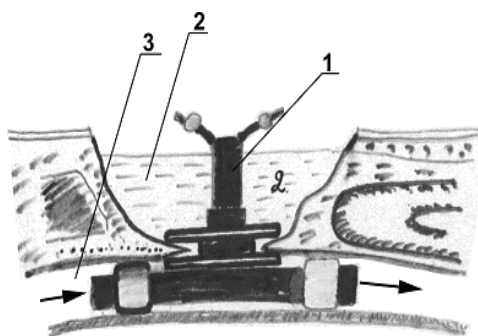


Рис. 2. Схема обтурации несформированного кишечного свища: 1 — обтуратор в просвете кишки; 2 — клеевая композиция в полости раны; 3 — просвет кишки.

стальтике кишечника. Протез-обтуратор изготавливают из термопластического материала, и он может находиться в просвете кишки несколько месяцев (до полного формирования свища).

Медицинский клей мы применяем в качестве собственно адгезива, биологической тампонады гнойных полостей и для защиты кожи от воздействия агрессивного кишечного содержимого.

Всего пролечено 59 больных, у 44 из них имели место несформированные свищи высокой локализации (табл. 1).

Отмечена высокая эффективность комбинированного метода обтурации при несостоятельности гастроэнтероанастомоза (ГЭА) и "киля" после резекции желудка по поводу профузных кровотечений (5 случаев), несостоятельности

Таблица 1

Заболевания и характер операций, осложненных кишечными свищами, локализация свищей у больных, леченных с применением методики автора

Операции	Число больных	Локализация свищей				
		желудок и двенадцатиперстная кишка	тонкая кишка			слепая кишка
			начальный отдел	средний отдел	дистальный отдел	
Резекции желудка по поводу язвы	9	9	—	—	—	—
Операции по поводу ущемленной грыжи	4	—	1	3	—	—
Операции по поводу травм, включая огнестрельные	10	—	4	6	—	—
Резекция кишки по поводу непроходимости (включая спаечную)	13	—	6	7	—	—
Энтеростомии при перитонитах	4	—	2	2	—	—
Операции по поводу панкреонекроза	1	—	1	—	—	—
Лапаротомия по поводу острого тромбоза мезентериальных сосудов	1	—	1	—	—	—
Гинекологические операции	2	—	—	2	—	—
Болезнь Крона	1	—	—	—	—	1
Острый аппендицит	14	—	—	—	6	8
Всего	59	9	15	20	6	9

межкишечных анастомозов (4 случая). Особенностью обтурации при несостоятельности швов в области "киля" и ГЭА после резекции желудка по поводу профузных желудочных кровотечений в области стыка трех швов является применение резиновой трубки с манжетами обтуратора (рис. 1). У этой трубки диаметр не превышает один сантиметр для предотвращения сужения просвета отводящей петли кишки ГЭА, причем один из концов резиновой трубки вводят в приводящий отдел, а другой — в отводящий отдел ГЭА. В таком случае основная функция герметизации падает на пластины (2 и 3), а также на полиуретановую клеевую композицию.

В случае несостоятельности межкишечных анастомозов применяли обтурацию по традиционному методу (рис. 2) после предварительной релапаротомии, выведения участка несостоятельного анастомоза наружу и отграничения от свободной брюшной полости марлевыми тампонами, санации брюшной полости и дренирования. В последующие дни после операции проводили массивную антибиотикотерапию, лечение против нарушения водно-электролитного баланса, КЩР, вскрытие абсцессов и гнойных затеков. Проходимость отводящей петли кишечника для обтурации свища мы определяли наполнением ее взвесью сернокислого бария через зонд. Если через сутки толстая кишка заполнялась барием и после очистительной клизмы происходило ее опорожнение, то препятствий для прохождения кишечного содержимого дистальнее свища не наблюдалось.

Из табл. 2 видно, что из 59 больных с несформированными кишечными свищами после обтурации свищей, разработанной в клинике, умерли 6 (10,2%) человек. Все 6 случаев летальных исходов произошли среди 44 больных с высокими несформированными кишечными свищами, летальность в этой группе составила 13,6%. Самостоятельно закрылись 16 обтурированных несформированных кишечных свищей, из них 12 свищей высокой локализации.

Таблица 2

Исходы лечения больных с несформированными кишечными свищами (с применением обтуратора в модификации автора)

Методы	Число больных	Выздоровели	Умерли
Консервативный	16	15	1
Оперативные вмешательства по срочным показаниям	14	10	4
Плановые оперативные вмешательства после формирования свища	29	28	1
Всего	59	53	6

Обтурация не была проведена у 14 больных с множественными кишечными свищами и у больных с неустраненным в ходе первой операции спаечным процессом. Им потребовалась срочная операция: выключение петли кишки, "несущей" свищ, с формированием обходного межкишечного соустья и применение "заглушек" по А.А. Шалимову. На втором этапе устраняли "слизистый" свищ путем резекции ранее выключенной петли кишки.

Один больной умер от тяжелой сопутствующей патологии при консервативном лечении, остальные 5 — от перитонита.

Противопоказаниями к обтурации несформированных кишечных свищей, в частности к применению разработанного нами метода, являются неустраненные в ходе первой операции спайки брюшной полости и множественные кишечные свищи. Метод может быть использован в широкой клинической практике.

Поступила 29.03.02.

COMBINED METHOD OF OBTURATION OF HIGH UNFORMED INTESTINAL FISTULAS

G.P. Prokhorov, N.F. Fedorov, A.N. Volkov

S u m m a r y

The suggestion is that the obturator in combination with polyurethane glue compositions well treat the high unformed intestinal fistulas. It has been shown that the prolonged obturation method, makes it possible to operate on patients at the best possible time.